

# FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Av. Joaquim Lopes de Faria, 730 – Bairro Santo Antônio – Viçosa-MG – CEP: 36576-001  
Tel.: (31) 3891-2551 – E-mail: microvet@microvet.com



## CLIENTE

Nome:	CNPJ/CPF:	
Endereço para correspondência:		
IE/PR:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	

## PROPRIEDADE

Nome do Proprietário:	CNPJ/CPF:	
Nome da Propriedade:		
IE/PR ou equivalente:		
Código da propriedade no serviço veterinário oficial:		
Georreferenciamento:		
Endereço da propriedade:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	

## MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL

Nome:	CRMV:	
Empresa:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	

## REMETENTE

Cliente  Proprietário  Veterinário responsável  Outro, neste caso, favor preencher o cadastro abaixo.

Nome:	RG:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	

## EXAMES REQUISITADOS

<input type="checkbox"/> Antibiograma	<input type="checkbox"/> Necropsia	<input type="checkbox"/> PCR:
<input type="checkbox"/> Bacteriologia	<input type="checkbox"/> Sorotipagem	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Histopatologia		

## INFORMAÇÕES DE ENVIO

Enviar resultados para:	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Veterinário	<input type="checkbox"/> Outro	
Por:	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Correio	<input type="checkbox"/> Outro	
Cobrança para:	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Proprietário	<input type="checkbox"/> Veterinário	<input type="checkbox"/> Outro

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

